**แบบ พงด. 01**

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้**

ข้าพเจ้า........................................................................................ตำแหน่ง..................................................................

สังกัด...........................................................................................................................โทร..........................................

ป่วยเป็นโรค.................................................................................................................................................................

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.................................................................................................................................

ขอเบิกเงินจำนวน........................................บาท (.......................................................................................) เพื่อเป็น

ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม (วงเงิน 25,000 บาท)

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

ศูนย์เทคโนโลยีดิจิทัล วิทยาเขตปัตตานี

ที่ มอ 201.8/.................... ลงวันที่.........................................

|  |  |
| --- | --- |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ)............................................................ผู้ขอรับเงิน  (............................................................)  วันที่.............................................................. | **อนุมัติให้เบิกได้**  (ลงชื่อ)...................................................................................  ( นางสาววิชุตา แก้วนพรัตน์ )  ตำแหน่ง รักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีดิจิทัล วข.ปน.  วันที่............................................................................... |

เลขที่บัญชี ธนาคาร......................................... เลขที่.........................................